

F A X ： 0 1 1－5 9 8－2 0 7 9

第 2 8 回 北海道抑制廃止研究会 参加申込書

1. 施設名 *正式名称でお願いいたします。 *個人の方は記入不要です。

2. 施設住所 *個人の方は郵送先住所をご記入ください。

 *後日 Z o o m の招待 I D. P W を郵送しますので、はっきりとご記入ください。

(〒 －)

3. 電 話 _____ F A X _____

 *電話番号は日中連絡が取れる番号を記入してください。

4. 代表者名

 *個人の方はお名前をご記入ください。(5. 参加者名 欄も記入してください)

 *後日 Z o o m の招待 I D. P W を代表者さま宛てに郵送しますので必ずご記入ください。

5. 参加者名

 *お名前ははっきりとご記入ください。

 *職種記入例：看護師・准看護師・理学療法士・介護福祉士・介護職員・生活相談員・事務職員

氏 名	職 種	氏 名	職 種

*氏名欄が不足の場合はコピーをしてご使用ください。

締 切 ： 2 0 2 6 年 5 月 1 5 日 (金) (厳守)